
Le rôle des syndicats de médecins dans la production des idées en matière de politique de conventionnement. Une étude lexicométrique (1971-2008)

The role of doctors unions in the production of ideas on conventional device. A lexicometric research (1971-2008)

La función de los sindicatos de médicos en la producción de ideas en relación con las políticas de convención. Un estudio lexicométrico (1971-2008)

Philippe Abecassis et Jean-Paul Domin



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/mots/22263>

DOI : 10.4000/mots.22263

ISSN : 1960-6001

Éditeur

ENS Éditions

Édition imprimée

Date de publication : 9 mai 2016

Pagination : 119-139

ISBN : 978-2-84788-793-8

ISSN : 0243-6450

Référence électronique

Philippe Abecassis et Jean-Paul Domin, « Le rôle des syndicats de médecins dans la production des idées en matière de politique de conventionnement. Une étude lexicométrique (1971-2008) », *Mots. Les langages du politique* [En ligne], 110 | 2016, mis en ligne le 09 mai 2018, consulté le 03 janvier 2020. URL : <http://journals.openedition.org/mots/22263> ; DOI : 10.4000/mots.22263

Le rôle des syndicats de médecins dans la production des idées en matière de politique de conventionnement. Une étude lexicométrique (1971-2008)

« Il n'y a pas de style plus long et plus vide que celui des médecins ! Quels bavards ! » Gustave Flaubert, Lettre à Jules Duplan, 15 décembre 1867

La médecine ambulatoire est, depuis les années soixante, encadrée par un dispositif conventionnel promulgué par décret et signé par les pouvoirs publics, les organisations syndicales représentatives et les caisses d'assurance-maladie. L'objectif est d'attirer les professionnels dans un cadre juridique prévoyant des tarifs opposables afin d'offrir un niveau optimal de remboursement aux assurés sociaux. La politique conventionnelle tente donc de concilier des objectifs contradictoires : le maintien d'une prise en charge collective de la santé qui respecte les règles libérales de la médecine ambulatoire. Le décret dit Bacon du 12 mai 1960 est, à ce propos, extrêmement important, dans la mesure où il consacre un grand tournant de la médecine libérale en permettant à chaque assuré social de se faire rembourser les frais médicaux (Hatzfeld, 1963). Cette socialisation de la santé a été accélérée par le passage de conventions départementales à la signature d'une première convention nationale en 1971 (Arliaud, Robelet, 2000).

Issues d'une longue procédure de négociation entre les syndicats de médecins et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), les conventions médicales constituent un produit collectif où chaque mot est savamment choisi, pesé et discuté. Elles reflètent à ce titre un discours consensuel au sein de la profession, en ce sens qu'elles sont corédigées avec la profession médicale. Il faut à cet égard envisager la convention comme porteuse d'un principe supérieur commun au sens de la sociologie pragmatique, en d'autres termes un moyen de

« contenir les désaccords dans l'admissible en évitant qu'ils ne dégénèrent en mettant en cause le principe d'accord, c'est-à-dire la définition des états de la grandeur et donc les fondements de la cité » (Boltanski, Thévenot, 1991, p. 100). La convention signée s'inscrit par ailleurs dans le cadre plus large d'une politique de santé qui prend appui sur un référentiel, c'est-à-dire un « ensemble de prescriptions qui donne du sens à un programme politique en définissant des critères de choix et des modes de désignation des objectifs » (Muller, 2003, p. 63).

Dans ses travaux sur l'émergence du tournant néo-libéral, Bruno Jobert (1994a) s'interroge sur les liens entre le changement des matrices cognitives et le jeu des acteurs et montre ainsi comment s'impose, dans les années quatre-vingt, une nouvelle vision de l'action publique centrée sur le marché (Boussaquet, 2014). Bruno Jobert montre que le référentiel se forge au sein de plusieurs instances qu'il qualifie de *fora*, qui sont définis comme « des scènes plus ou moins institutionnalisées, régies par des règles et dynamiques spécifiques au sein desquels des acteurs ont des débats touchant de près ou de loin à la politique publique que l'on étudie » (Fouilleux, 2000, p. 278). Le *forum* est un lieu producteur de normes.

La production des idées s'opère d'abord au sein d'un *forum* scientifique. Dans les années quatre-vingt, ce *forum* est marqué par une contestation radicale de l'approche keynésienne par la théorie néo-classique. La production des idées s'élabore également au sein du *forum* de la rhétorique politique sous la forme de programmes et de discours électoraux. Ces *fora* permettent, comme le pense Ève Fouilleux (ibid., p. 279), de « rendre intelligibles l'hétérogénéité des idées existantes autour d'une politique publique et la pluralité des systèmes de représentation et d'action dans lesquelles ces idées s'inscrivent ». La traduction des idées est enfin réalisée au sein du *forum* des communautés de politiques publiques. C'est au sein de ce *forum* que les idées sont institutionnalisées au travers d'une politique publique.

Ève Fouilleux prolonge cette réflexion en définissant le *forum* professionnel, qui peut être un lieu de production des idées où des groupes s'affrontent sur différents modèles. Dans le cas de la politique de conventionnement médical, le *forum* professionnel doit permettre aux différentes organisations syndicales de médecins d'agencer leurs idées et de produire en permanence des représentations sur la politique économique de santé. En revanche, le *forum* de la rhétorique politique n'est mobilisé que lorsque les négociations entre les caisses, les syndicats de médecins et les pouvoirs publics commencent. L'objectif de ce travail est d'appréhender la manière par laquelle les syndicats de médecins vont produire des idées en matière de politique de conventionnement au sein du *forum* professionnel. Cette production s'inscrit dans un paysage médico-syndical tumultueux dont elle se nourrit.

Nous organiserons notre propos en trois temps. Dans un premier temps, nous verrons que le paysage médico-syndical reste morcelé en raison du rôle

syndical de négociation de la convention. Nous présentons ensuite le corpus issu du *Quotidien du médecin*¹, la méthodologie et ses principaux résultats avant d'en tirer une interprétation quant au positionnement des syndicats vis-à-vis de leur base, d'une part, et des conventions médicales d'autre part.

Les syndicats de médecins, acteurs incontournables du *forum* professionnel

Les organisations syndicales de praticiens sont devenues des acteurs incontournables de la politique de santé, notamment parce qu'elles interviennent sur le *forum* professionnel. Elles se sont construites depuis les années soixante-dix autour de la défense des intérêts de la profession. L'analyse de leur discours est essentielle pour qui veut comprendre l'agencement des conventions médicales.

Les syndicats de médecins et la défense des intérêts de la profession

Les premiers syndicats de médecins se sont construits à la fin du 19^e siècle avec un objectif : la défense des intérêts de la profession en réaction au développement du mutuellisme et au vote des premières lois sociales (Damamme, 1991). En juillet 1884, l'Union des syndicats médicaux français (USMF) est officiellement constituée. Mais en 1885, la Cour de cassation lui refuse la reconnaissance légale, arguant que la loi du 21 mars 1884 dite Waldeck-Rousseau institue le syndicalisme pour la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles alors que les intérêts des médecins sont d'une autre nature. Les syndicats médicaux seront finalement autorisés par la loi Chevandier du 30 novembre 1892, qui précise dans son article 13 : « Les médecins ont le droit de former des syndicats pour la défense de leurs intérêts » (Hassenteufel, 2008, p. 22).

Dès lors, l'histoire syndicale est marquée par des scissions et une concurrence accrue fondée sur la défense des intérêts et le respect du libéralisme. La Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) est née en décembre 1928 de la réunification de l'USMF et de la Fédération nationale des syndicats de médecins de France (Hassenteufel, 1997). Elle est à l'origine une organisation de combat construite dans l'opposition aux lois sur les assurances

1. Les auteurs remercient Madame Catherine Combeau pour leur avoir donné un accès aux archives du *Quotidien du Médecin*, ainsi que les étudiants de L3 de sciences sanitaires et sociales et de L3 d'administration économique et sociale de l'Université de Reims Champagne-Ardenne pour leur aide à l'élaboration du corpus. Les auteurs remercient par ailleurs les relecteurs de la revue pour leurs critiques constructives et, par convention, restent seuls responsables des erreurs et imperfections de ce texte.

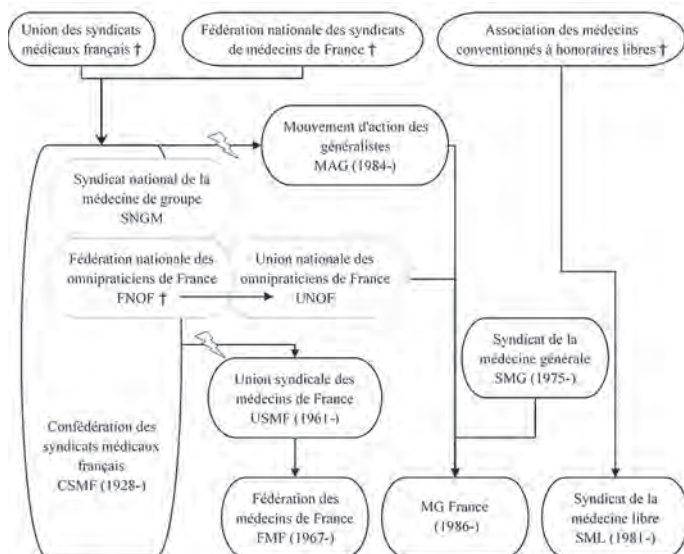


Schéma 1. Origine et panorama des grands syndicats médicaux français

sociales de 1928-1930 et la défense des principes de la médecine libérale, notamment l'entente directe et la liberté tarifaire. Mais l'organisation évolue, dans les années soixante, vers une attitude de coopération avec les pouvoirs publics jusqu'à devenir le partenaire primordial du système conventionnel (Arliaud, Robelet, 2000).

Le paysage syndical est loin d'être figé ; il évolue dès les années soixante, où une première scission a lieu. Le décret signé par le ministre du Travail, Paul Bacon, le 12 mai 1960, prévoit la possibilité d'adhésion individuelle à la convention dans les départements non conventionnés. La CSMF décide alors de signer, avec la Fédération nationale des organismes de Sécurité sociale (FNOSS), un protocole d'accord qui ne fait pas l'unanimité au sein de la confédération. Une minorité, composée principalement de spécialistes hostiles au principe du conventionnement, fait scission pour créer en 1961 l'Union syndicale des médecins de France, qui deviendra la Fédération des médecins de France (FMF) en 1967. Cette nouvelle centrale syndicale se positionne de façon plus conservatrice que la CSMF, mais ses effectifs ne dépasseront jamais la moitié de ceux de cette dernière (Vergez, 1996). Pourtant, les deux conventions de 1976 et de 1980 seront uniquement signées par la FMF.

Une nouvelle organisation naît en 1981, le Syndicat de la médecine libérale (SML), qui s'appuie essentiellement sur des spécialistes du secteur à honoraires libres dit secteur 2 et qui se pose comme un concurrent de la FMF. Ses effectifs passent de 2 600 en 1983 à 4 200 en 1992. Il prône un ultralibéra-

lisme et s'inscrit dans la défense des principes fondateurs de la médecine libérale, notamment la liberté tarifaire. La Charte fondatrice du SML précise : « La solution la plus simple et la plus efficace pour ralentir l'augmentation des dépenses de santé passera par la libéralisation authentique de l'exercice médical [...]. Aux prestataires de définir leurs honoraires, aux patients de choisir leurs prestataires » (Hassenteufel, 1997, p. 257). Le SML milite essentiellement pour le maintien d'avantages fiscaux et sociaux pour les médecins de secteur 2 (Arliaud, Robelet, 2000).

MG France, le dernier des grands syndicats, est le fruit d'un triple mouvement interne et externe à la CSMF (Hassenteufel, 2010). Le premier se construit dans le milieu des années quatre-vingt en réaction au tournant libéral de la CSMF. En effet, en décembre 1981, Jacques Monier quitte la présidence de la confédération et laisse la place à Jacques Beaupère qui, pour lutter contre la concurrence de la FMF et du SML, est favorable à l'adoption d'un programme d'action plus libéral. Cette évolution va accélérer la structuration d'une opposition interne au sein de la confédération. Celle-ci s'agrège au sein du « comité vigilance et action » qui regroupe des praticiens de la Fédération nationale des omnipraticiens de France (FNOF), bientôt Union nationale des omnipraticiens de France (UNOF), et des médecins issus du Syndicat national de la médecine de groupe (SNMG). À l'extérieur de la CSMF, deux mouvements vont accélérer la création de MG France. D'une part, le Mouvement d'action des généralistes (MAG), qui entend incarner un projet généraliste en dehors de la CSMF, et d'autre part le Syndicat de la médecine générale (SMG), créé en 1975, qui prône un rejet de la médecine libérale et propose une transformation radicale du système de santé. Son programme repose sur la remise en cause du paiement à l'acte et la création d'unités sanitaires de base permettant l'essor d'une médecine gratuite libérée du profit et de l'industrie pharmaceutique, où les médecins seraient rémunérés à la capitation ou au salariat (Hassenteufel, 2010).

Pourquoi analyser le discours des principaux syndicats médicaux ?

Les organisations syndicales de médecins ont, comme toutes les organisations de ce type, un rôle de médiation. Elles portent d'abord un discours de revendication de la profession qui s'intéresse à la régulation des relations avec les pouvoirs publics et l'assurance-maladie². Ensuite, elles négocient les conventions avec l'État et l'assurance-maladie. Les organisations syndicales interviennent donc sur deux *fora* distincts. D'une part, sur le *forum* professionnel où elles produisent des idées sur l'orientation de la politique de conventionnement. D'autre part,

2. De 1971 à 2004, l'assurance-maladie est représentée par les différentes caisses puis, depuis cette date, par l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie.

sur le *forum* des communautés de politique publique, où elles négocient avec l'UNCAM les tarifs et les modalités d'organisation de la médecine ambulatoire.

Le principe de revendication, devenu au 16^e siècle « l'action de réclamer une chose qui nous appartient et qui est dans les mains d'un autre » (Bernard-Steindecker, 1993, p. 49), a porté le développement des premiers syndicats au 19^e siècle³. Il s'agissait de défendre les intérêts économiques de la profession et le monopole des soins. Ce dernier point ayant été réglé par la suppression de la profession d'officier de santé en 1892, le syndicalisme médical s'est concentré au début du 20^e siècle sur la thématique de l'identité libérale, qui reste toujours d'actualité. Mais cette thématique s'est considérablement enrichie. Un premier travail d'analyse du discours, portant sur un corpus contraint, composé des conventions médicales et de leurs avenants entre 1971 et 2005, a en effet permis de montrer que, dans les textes conventionnels⁴, le discours médical est triple : il se compose d'un volet *libéral traditionnel*, d'un volet *libéral renouvelé* et d'un volet *marchand* (Abecassis, Domin, 2009).

Le premier reprend les thèmes porteurs de la profession (liberté du praticien, autonomie du jugement, indépendance, etc.). Il est qualifié de traditionnel dans le sens où il favorise la cohésion de la profession depuis le 19^e siècle. Le discours libéral renouvelé apparaît vers le milieu des années quatre-vingt et prend appui essentiellement sur des revendications propres aux généralistes. Il défend une autre interprétation de l'éthique médicale, non associée à la médecine libérale, valorisant des formes collectives d'exercice et une réforme des modes de rémunération. Le discours marchand a pendant longtemps servi de fondement au combat de la profession contre la socialisation de la médecine. Ce discours est plus difficile à détecter car il ne repose pas sur les honoraires, qui constituent la rémunération de l'exercice libéral, mais plutôt sur les dépassements d'honoraires, qui traduisent le choix d'une médecine de qualité. Le discours marchand se manifeste plus spécifiquement par l'appel à multiplier les honoraires techniques rémunérant des tâches particulières autrefois gratuites.

Les syndicats médicaux sont également des acteurs majeurs dans la définition de la politique de santé en ville, notamment par l'intermédiaire du dispositif conventionnel qui laisse aux syndicats médicaux représentatifs et à l'assurance-maladie le soin de définir le tarif conventionnel, les modalités d'organisation de la médecine de ville et la régulation des dépenses (Bras, 2008). Le dispositif conventionnel renforce le poids des représentants du corps médical dans la mesure où l'État et l'assurance-maladie doivent trouver au moins

3. À l'origine, le syndicat n'est pas destiné à devenir un instrument revendicatif, mais le législateur, en 1884, va contribuer à orienter le syndicat vers une mission de revendication au détriment de l'organisation de services, en lui conférant le monopole de la défense professionnelle au lieu de privilégier d'autres formes comme les mutuelles ou les coopératives (Barbet, 1991).
4. Les textes conventionnels étant signés par une partie au moins des syndicats, on considérera, en première approche, que ces textes reflètent le discours syndical et, à travers eux, celui de la profession, même si cette dernière, comme on le verra plus loin, est très divisée.

un partenaire pour signer la convention et éviter de facto l'échec des négociations. La dépendance des pouvoirs publics face aux syndicats est telle que les conventions ont été, pendant plus de vingt ans, plus axées sur les droits des praticiens que sur ceux des patients (Abecassis, Batifoulrier, Bilon, Gannon, Martin, 2005 ; Régereau, 2005).

De 1971 au début des années quatre-vingt-dix, la majorité des représentants à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), composée de Force ouvrière et du Conseil national du patronat français, a considéré la CSMF comme un interlocuteur incontournable. Depuis 1990, la concurrence entre les différents syndicats de médecin et la faiblesse de leur cohésion interne constitue le problème majeur de la négociation conventionnelle (Hassenteufel, Pierru, 2003). Il est souvent risqué pour un syndicat de signer une convention jugée défavorable à leurs intérêts par les médecins. Les mécontents peuvent en effet faire défection et se tourner vers un syndicat estimé plus radical (Jobert, 1994b).

Dans cette situation, l'échange avec les représentants de l'assurance-maladie devient de plus en plus difficile et se traduit par une radicalisation du syndicat. Ainsi les négociations conventionnelles entre 1990 et 2004 ont-elles été marquées par des revirements de majorité dans une situation de concurrence accrue entre organisations syndicales (Hassenteufel, Palier, 2005).

Le paysage syndical reste donc assez fragmenté. En 2005, trois syndicats étaient représentatifs chez les généralistes (la CSMF, MG France et le SML) et quatre chez les spécialistes (CSMF, FMF, SML et Alliance), soient cinq organisations au total. En 2006, lors des élections aux Unions régionales de médecins libéraux (URML), les voix des praticiens se sont réparties entre sept organisations : les cinq précédemment citées, Espace généraliste, né d'une scission de MG France, et l'Union collégiale des chirurgiens et médecins spécialistes français (UCCMSF), elle-même issue d'une scission d'Alliance (Bras, 2008).

Le corpus du *Quotidien du Médecin* et l'analyse textuelle

Le corpus mobilisé est composé de textes de responsables syndicaux et de lecteurs publiés dans le *Quotidien du Médecin*, que nous avons analysés *via* un logiciel d'analyse textuelle et dont nous présentons les principaux résultats.

La constitution du corpus

L'hypothèse développée dans ce travail est que la mise en évidence de la concurrence et des jeux de pouvoir passe en partie par l'étude lexicométrique⁵

5. L'analyse lexicométrique du discours syndical et politique a pendant longtemps été privilégiée en sociologie politique (Bérout, Lefèvre, 2010 ; Wagner, 2008). Le discours médical a également été analysé dans les colonnes de cette revue (Haiun, 2003).

d'un corpus contenant un discours moins contraint que celui des conventions médicales. Ce corpus a été constitué par la compilation de 468 articles publiés dans le *Quotidien du Médecin* (QdM) de 1971 à 2008⁶. Ce journal fondé en 1971 par Marie-Claude et Philippe Tesson a pour objectif de suivre l'actualité professionnelle et médicale. Il s'agit, à l'époque, d'une innovation concurrentielle et culturelle dans un paysage où la presse médicale est essentiellement académique. La rédaction décide de donner la parole à tous les acteurs afin de créer une confluence. Derrière cette liberté d'expression se joue évidemment l'unité du corps médical, au-delà des oppositions entre les généralistes et les spécialistes, les secteurs tarifaires et les différentes appartenances syndicales.

Tous les articles de la rubrique spécifique du QdM dite *carte blanche*, dans laquelle s'expriment les représentants des syndicats de praticiens ou de partis politiques, ont été retenus ; ils représentent les deux tiers environ des textes du corpus. Le dernier tiers est composé d'interviews accordées par les leaders des syndicats au QdM, mais également du courrier des lecteurs (CdL). Le corpus couvre une grande partie des syndicats représentatifs : la CSMF, la FMF, le SML et MG France. D'autres structures sont présentes, mais moins fréquentes. On trouve ainsi certains textes publiés par l'UNOF et par l'Union nationale des médecins spécialistes confédérés (UMESPE), qui sont respectivement les syndicats généralistes et spécialistes de la CSMF, ainsi que la FNOF. Le SMG est aussi présent même si, malgré la reconnaissance officielle de sa représentativité, il n'a jamais trouvé, dans la médecine libérale, un terrain favorable au développement de ses idées. De façon marginale, le corpus comprend également des textes de l'Union syndicale des médecins libéraux (USML) qui était affiliée à la Confédération des travailleurs intellectuels (Vergez, 1996) ; de l'Union nationale pour l'avenir de la médecine (UNAM) dirigée par Bernard-Claude Savy (assez marqué à droite) ; de Santé et socialisme, une association dirigée par Jean-Martin Cohen-Solal. Un dernier texte est signé par Pascal Buchet, responsable du Club Convaincre-Santé qui est assez proche du parti socialiste. Le courrier des lecteurs (CdL) comprend des textes écrits par des médecins syndiqués ou non, qui s'expriment à titre personnel et non pas comme représentants de leurs syndicats. Certains locuteurs apparaissent de façon marginale comme l'UDF ou le RPR. Il s'agit dans ce cas-là de la position de groupes politiques sur l'organisation du système de soins.

La méthode d'analyse textuelle

Le corpus a été étudié par le logiciel Iramuteq (Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires), basé sur la méthode

6. 129 textes inexploitable ont dû être retirés du corpus initial.

Tableau 1. Composition du corpus (en nombre de textes)

	CSMF	CIL	FMP	PNMF	MG FRANCE	RFR	SANTÉ LIBERTÉ	SML	SMR	SMG	SNMG	UNOF	USML	UDF	UMESPE	USM	UCMS	CONVAINCRE SANTÉ	CNFS	CNOM	TOTAL	TOTAL %
1971	1	4	2																	1	8	1,7
1972		5																			5	1,1
1974		4	2																		6	1,3
1975	2	7	7						1	1		5									23	4,9
1976		2	2					1													5	1,1
1980	11	6	13	1						1						1					33	7,1
1985	3	2	6				5			1	2										19	4,1
1986							2														2	0,4
1987							1														1	0,2
1988			1		1					1											3	0,6
1989	2	2	5		4		12											1			26	5,6
1990	5	4	9		9		21				1										49	10,5
1992	5	1	14		10	2	20				2		1	1			1				57	12,2
1993	1	6			14		1	16			7		5								50	10,7
1994	2	2	2		3		6			1	3		2								19	4,1
1995			1				12				2		1								16	3,4
1996			1				11				3										15	3,2
1997	1	2					9				2		1								15	3,2
1998	1	1			1		5				3				1						12	2,6
1999							2				2										4	0,9
2000			2				4														6	1,3
2001							2														2	0,4
2002	2	2					5														9	1,9
2003	2	3					3				1										9	1,9
2004	3	2			3		10														18	3,8
2005	5	2			2		9				2										20	4,3
2006	5	5			5		6				1										22	4,7
2007	5	1					3				1										10	2,1
2008	1	2					1														4	0,9
TOTAL	57	37	93	1	52	2	1	165	2	2	3	32	5	1	10	1	1	1	1	1	468	100
TOTAL %	12,2	7,9	19,9	0,2	11,1	0,4	0,2	35,3	0,4	0,4	0,6	6,8	1,1	0,2	2,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	100	

Alceste mise au point par Max Reinert. L'hypothèse de départ de cette méthode consiste à considérer que le texte à étudier n'est pas un objet à décrire, mais un discours possible. Alceste a pour fonction d'évaluer l'hétérogénéité des phrases à partir d'une classification hiérarchique descendante. Cette méthode diffère d'une simple analyse de contenu et propose de faire apparaître les proximités des phrases (ou unités de contexte élémentaires – UCE) par la mesure d'un degré de dissimilarité minimal. Il y a proximité quand deux UCE partagent un nombre minimal d'occurrences. Il s'agit, selon son créateur, « de regrouper tous les mots ayant de fortes chances d'être liés sémantiquement, en les réduisant à leur racine commune » (Reinert, 1986, p. 475).

La méthode étudie les cooccurrences des mots pleins⁷. La cooccurrence porte entre les mots pleins coproduits au cours d'un même acte d'énonciation. L'hypothèse portée par Reinert (2007) est que l'association d'un mot plein à un discours est une marque du discours. Les mots sont classés indépendamment

7. Les mots pleins sont les mots portant un sens (noms, verbes, etc.). Les autres mots (articles, pronoms, etc.) sont traités en variables supplémentaires, qui n'interviennent pas dans la détermination des classes.

de leur sens. Une suite de mots révèle donc une association d'idées qui se construit *dans* le discours. L'articulation du contenu lexical (mots signifiants) avec la construction syntaxique du discours permet de distinguer les classes lexicales. La classification aboutit finalement à isoler plusieurs classes de langage que Reinert (1993, p. 12) appelle des mondes lexicaux. Ceux-ci « renvoient à des espaces de référence associés à un grand nombre d'énoncés. Autrement dit, ils superposent dans un même lieu différents moments de l'activité du sujet, différents points de vue. Ce lieu agit donc comme un attracteur pour cette activité. Un sujet l'habite d'une certaine manière ».

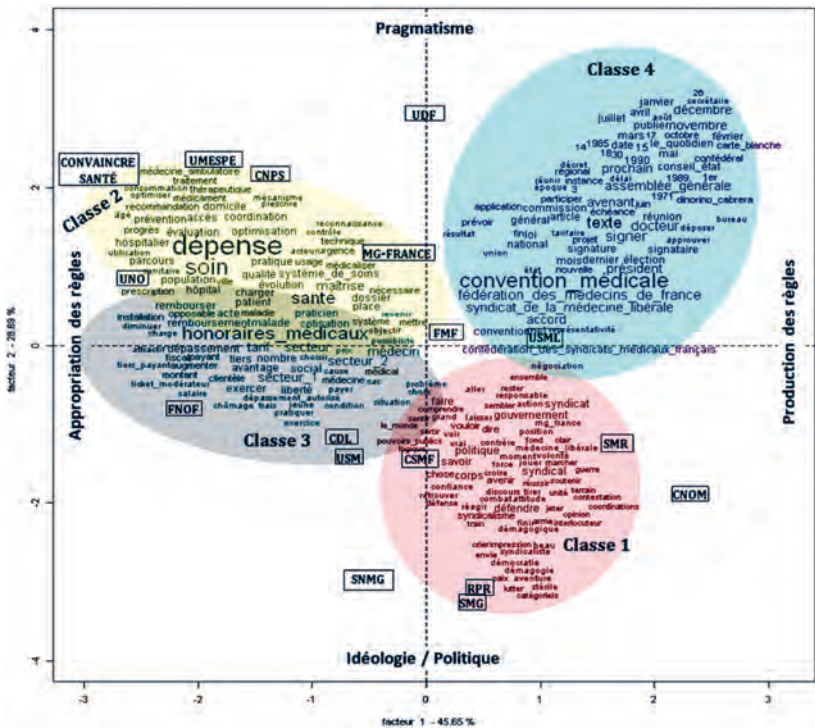
L'intérêt principal de cet outil est de considérer le discours comme un acte et c'est pour cette raison que la mise en évidence par la méthode Alceste des mondes lexicaux est une étape dans l'exploration des mondes sociaux (Didry, 1998). La méthodologie présente cependant certaines limites. Elle regroupe des formes sous leur racine de façon parfois approximative, et crée de facto des variations sémantiques, elle découpe les UCE de façon discutable et abandonne une partie importante de l'information (Brugidou, 2000).

Un discours scindé en quatre grandes classes

Appliquée à notre corpus, la méthode Alceste aboutit à une bonne représentation générale du nuage des mots pleins : 99,88 % de l'inertie du nuage est en effet expliquée par les trois premiers axes factoriels (respectivement 45,49 %, 28,74 % et 25,65 % pour les facteurs 1, 2 et 3). Le premier axe ordonne le discours en fonction de son statut vis-à-vis des règles spécifiques à la profession. Il peut être interprété comme une opposition entre le vocabulaire relatif à la production des règles (en positif) et celui relatif à l'appropriation des règles par les acteurs (en négatif). L'axe 2 oppose la terminologie pragmatique (en positif) à la terminologie idéologique et/ou politique (en négatif). L'axe 3 est l'axe de la gestion des coûts. Le côté positif de cet axe rassemble le discours sur le (du) médecin-entrepreneur, confronté à la gestion quotidienne de son cabinet. Il représente la problématique des coûts individuels et de leur gestion. Le côté négatif rassemble le discours se rapportant aux problèmes de gestion collective des coûts de la santé : la maîtrise des dépenses, la contrainte budgétaire.

Quatre classes émergent de la classification et peuvent être positionnées dans l'espace formé par les trois axes factoriels. Les classes 1 et 4 d'une part, 2 et 3 d'autre part, forment deux groupes assez éloignés l'un de l'autre. Schématiquement, la discrimination entre les deux groupes est opérée par l'axe 1. Au sein des groupes, la proximité est plus forte entre les classes 2 et 3, discriminées par l'axe 3, que celle observée entre les classes 1 et 4, séparées par l'axe 2. Ainsi, si les classes 1 et 4 rassemblent toutes deux le vocabulaire de la construction des règles, la première regroupe les éléments revendicatifs idéologiques et/ou politiques.

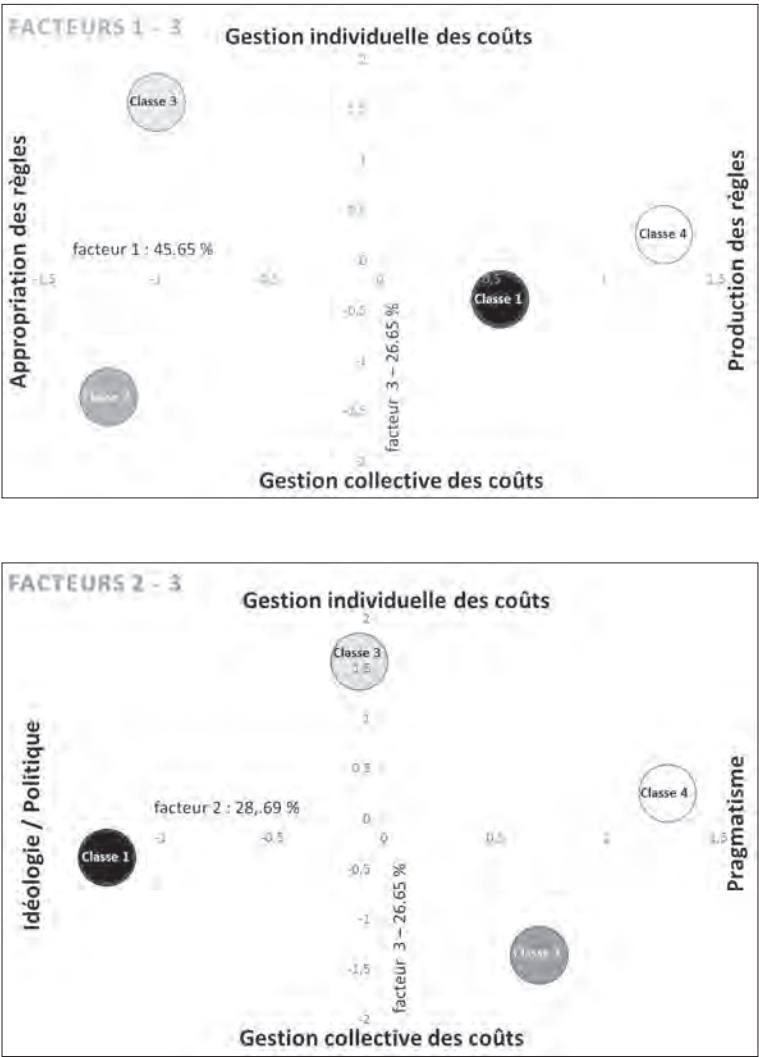
Graphique 1. Représentation des classes d'UCE dans l'espace factoriel



La classe 1 représente 35,36 % du nuage de mots et regroupe des mots propres à ce que nous appelons le discours médico-militant. Celui-ci oppose la défense d'une médecine libérale à une médecine dite de caisse (ou socialisée). Le principal locuteur est la CSMF. À l'opposé, le registre de la classe 4 rassemble un discours médico-pragmatique autour des artefacts des règles, tels que les documents qui les établissent (convention médicale, texte, accord, etc.) et les actions qu'ils impliquent (signature, réunion, etc.). Ce discours, qui est essentiellement porté par la FMF, représente 22,7 % du nuage de mots.

Les classes 2 et 3 regroupent les discours relatifs à l'appropriation des règles. Le clivage entre ces deux classes s'observe le long de l'axe 3. Le long de cet axe, la classe 2 contient un discours médico-responsable reposant sur la gestion collective des coûts. Il porte notamment sur la maîtrise des dépenses, la coordination des soins et représente 20,04 % du nuage de mots. L'UMESPE, l'UNOF et Convaincre-santé sont ses principaux locuteurs. Enfin, la classe 3 (21,89 % du nuage de mots) contient quant à elle un discours médico-entrepreneurial évoluant dans un environnement fortement contraint sur les

Graphique 1 (suite). Représentation des classes d’UCE dans l’espace factoriel



tarifs (honoraires médicaux, secteur 1, secteur 2, cotisations, etc.). Les contributeurs du courrier des lecteurs figurent parmi les principaux locuteurs.

Évolution du discours syndical et production concurrentielle des idées

Le corpus étudié permet de mesurer l'évolution de la production des idées sur la période. Un tel rapprochement, possible grâce à la datation des différents textes, permet d'identifier chronologiquement les thématiques débattues et, ce faisant, d'appréhender la concurrence entre syndicats à travers les spécificités discursives de chacun d'entre eux.

L'évolution du discours syndical : la circularité de la production d'idées

Si le discours est différent selon l'appartenance syndicale, il varie également dans le temps. Les années quatre-vingt-dix constituent un moment de retournement du discours syndical. Cette spécificité repose sur les deux conventions de 1990 et 1993. La première bloque l'accès au secteur 2 pour les généralistes. La seconde met en place une maîtrise médicalisée des dépenses de santé, reposant sur les références médicales opposables, et fixe des objectifs annuels d'évolution des dépenses. Si le discours médico-responsable est sous-représenté avant 1993, il est significativement surreprésenté, de 1993 à 2000. À l'inverse, le discours médico-entrepreneurial est surreprésenté avant 1990, puis sous-représenté par la suite, particulièrement de 1990 et 1995. La fin de la période voit émerger un argumentaire différent et semble revenir sur des préoccupations plus anciennes (1975-1980). Les discours médico-responsable et médico-entrepreneurial marquent le pas et le registre devient plus idéologique, plus revendicatif sur les modalités de construction des règles (discours médico-idéologique), particulièrement en 2004 et 2007.

Le discours semble donc suivre une évolution circulaire. Le début de période (1971-1990), est caractérisé par le discours médico-entrepreneurial et par l'absence de discours médico-militant. Mais progressivement, les conditions d'exercice évoluent et, à la fin des années quatre-vingt, les quatre discours sont à peu près équitablement répartis. Au cours de cette période, les conventions sont signées par l'une ou l'autre des deux organisations syndicales que sont la FMF ou la CSMF. Cette dernière, face à la nécessité de mettre en place un dispositif de soins ambulatoires accessible à tous les citoyens tout en faisant respecter les principes fondamentaux de la médecine libérale, résiste encore, du moins jusqu'en 1985, à ses dissensions internes (Abecassis, Domin, 2009).

Le discours syndical évolue, au début des années quatre-vingt-dix, vers un registre revendicatif de défense de la liberté d'exercice (discours médico-entrepreneurial) et attise la dispute interne sur les moyens d'action (discours médico-militant). Les dissensions internes donnent du poids aux jeunes organisations syndicales (MG France, SML...), et consacrent la perte de pouvoir des syndicats historiques. Cependant, si, au cours de cette période, le discours reste focalisé sur la maîtrise médicalisée (discours médico-responsable), il commence à se structurer autour des nouvelles formes d'exercice de la médecine. MG France martèle ainsi ses propositions sur les nouveaux modes d'exercice et de rémunération, qui se traduiront, en 1997, par la mise en place des filières de soins et l'option médecin-référent.

Progressivement, à partir de 2004, le discours médico-militant prend de l'ampleur, comme si la convention de 2005 avait catalysé un processus de remise en cause de l'organisation de la règle elle-même. L'exemple du Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) est tout à fait significatif de cette logique. Mis en place à partir de 2009, le CAPI est un contrat de santé publique incitant le praticien à atteindre des objectifs en matière de suivi des maladies chroniques et de prévention. En contrepartie de la réalisation de ces objectifs, une prime de sept euros par patient et par an est prévue. Cette politique annoncerait les contractualisations hors convention et surtout les mouvements de refus de la convention (médecins pigeons⁸, refus du paiement à la performance, refus de l'avenant n° 8, etc.).

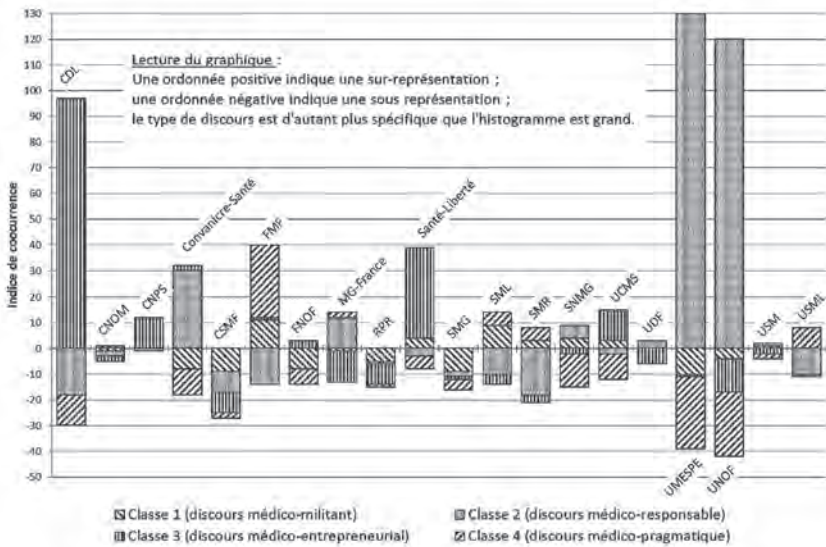
Une production spécifique d'idées

L'un des faits marquants de ces mouvements est qu'ils échappent totalement aux organisations syndicales⁹ ou les prennent à rebours, comme dans le cas du CAPI que les médecins ont massivement signé alors que l'Ordre et les syndicats s'y opposaient. L'ampleur du décalage observé dans l'analyse textuelle entre le discours des locuteurs institutionnels et celui du courrier des lecteurs (CdL) montre que le déficit de représentativité n'est pas récent. Ainsi, le discours médico-entrepreneurial est une caractéristique quasi exclusive du courrier des lecteurs. Ceci s'observe par la position singulière de la classe 3, qui porte ce discours. Celle-ci s'oppose en effet aux classes 1 et 4 le long de l'axe 1 et à la classe 2 le long de l'axe 3 (voir graphique 1). Par ailleurs, si le CdL ne représente que 7,9 % des textes étudiés, il porte sur 21,89 % du nuage de mots : il n'est donc pas négligeable.

8. Le mouvement des médecins pigeons s'est structuré de façon informelle autour de la défense de la liberté tarifaire pour les médecins de secteur 2.

9. L'éloignement des syndicats avec la base, autrement appelé « crise de la médiation syndicale », ne se limite pas au seul secteur médical. Sur cette question, le lecteur pourra se reporter à Mouriaux, 2013.

Graphique 2. Profils discursifs des locuteurs



Aucun des grands syndicats ne porte de discours proche de celui du CdL (voir annexe). Leur positionnement n'est cependant pas homogène vis-à-vis de ce discours. Santé-liberté et, dans une moindre mesure, le Centre national des professions libérales de santé (CNPS)¹⁰ et l'Union confédérée des médecins spécialistes (UCMS)¹¹, sont plus proches de ce discours que les autres locuteurs. Parmi les grands syndicats, la FMF porte bien un discours distinctif, mais relevant de la classe 4 (discours médico-pragmatique). MG France et le SML ne portent pas de discours significatif. Enfin, la CSMF se caractérise par une sous-représentation du discours de la classe 3.

L'une des raisons pouvant expliquer que les grands syndicats semblent éloignés de leur base, est qu'ils sont présents de façon plus ou moins marquée dans tous les mondes lexicaux balayés par le corpus avec, pour chacun, une spécialité discursive. Ainsi, la CSMF est un peu plus présente dans le discours médico-idéologique. Il faut y voir vraisemblablement le poids de cette centrale dans le paysage du syndicalisme médical et son rôle historique d'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics. La FMF et le SML sont, quant à eux, plus centrés sur la construction pragmatique de la règle (discours médico-pragmatique). Enfin, MG France, qui s'est singularisé par sa volonté de rénover les pratiques, se préoccupe plus particulièrement de gestion collective et de politique de santé (discours médico-responsable).

10. Deux grands syndicats de médecins (CSMF, SML) sont adhérents au CNPS.

11. L'UCMS représentait les spécialistes au sein de la CSMF; elle est devenue l'UMESPE.

Les spécificités syndicales dans la production des idées peuvent être interprétées comme un positionnement concurrentiel. Sous cette hypothèse, l'étude permet de lire l'espace des axes factoriels comme une cartographie syndicale (voir graphique 1). Le SMG et le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), par exemple, sont assez proches du discours médico-idéologique. Le premier s'est très tôt inscrit dans une logique idéologique de refus du paiement à l'acte alors que le second a pour rôle de produire la norme, notamment par l'intermédiaire du Code de déontologie (Jaunait, 2005). Le positionnement de l'UNOF et de MG France est assez proche. Si les discours de ces deux syndicats ne font pas totalement écho aux préoccupations des médecins, telles qu'exprimées dans le courrier des lecteurs, tous deux cherchent à s'en rapprocher par une démarche pragmatique. Cette proximité n'est pas étonnante pour l'UNOF dans la mesure où un certain nombre de ses militants sont passés avec armes et bagages dans le camp de MG France à sa création (Hassen-teufel, 2010).

Cependant, la différenciation opérée entre les grands syndicats apparaît faible au regard de celle de certains locuteurs, quelquefois éphémères, dont le discours est spécifique d'un seul registre. C'est le cas principalement de l'UMESPE, de l'UNOF et de Convaincre-santé. Tous trois sont caractérisés par un discours médico-responsable. L'UMESPE est en effet favorable à la maîtrise médicalisée et s'oppose au discours de MG France, l'association Convaincre-Santé ne joue quant à elle aucun rôle dans la négociation conventionnelle mais, portée par des militants socialistes proches du Premier ministre Michel Rocard, reste favorable à la maîtrise médicalisée prônée par René Teulade (ministre des Affaires sociales de 1992 à 1993). Santé-Liberté et l'UCMS sont aussi des syndicats spécialisés qui se démarquent par un positionnement idéologique (fortement marqué pour le second) sur l'appropriation des règles, avec un discours médico-entrepreneurial (fortement marqué pour Santé-Liberté). Cette spécialisation explique leur proximité avec le courrier des lecteurs.

Cette étude enrichit la compréhension du paysage syndical des médecins et les jeux de pouvoirs et de concurrence autour de la production des idées. Si des imperfections liées à la nature même du corpus, issu de la presse, sont inévitables, l'étude montre en particulier, en distinguant quatre mondes lexicaux distincts, que les grands syndicats restent assez éloignés des préoccupations de leur base, mais construisent une idéologie revendicatrice propre, spécifique à chaque organisation, leur permettant a priori d'affirmer leur pouvoir de négociation. Cette spécialisation a cependant pu devenir contreproductive lorsque l'idéologie trop marquée a généré des oppositions internes fortes, menant à des scissions.

La concurrence qui en découle, attisée par l'apparition de formations éphémères très spécialisées, peut expliquer l'évolution du contenu sémantique des discours, qui se focalisent progressivement, souvent en s'y opposant, sur une

thématique plus ou moins imposée par les pouvoirs publics et la caisse : celle de la gestion collective des coûts. Ce faisant, les grands syndicats sont doublement perdants. Par la diminution du pouvoir de négociation de chaque formation et par la perte de représentativité face à une base qui, plus intéressée par la gestion quotidienne de leur cabinet, s'affranchit progressivement en développant des actions autonomes. Ainsi, les idées émanent plutôt de la base, comme le montre l'émergence du mouvement des médecins pigeons, et le discours s'adresse dorénavant directement au législateur, en passant de moins en moins fréquemment par les syndicats.

Cette étude s'est limitée à l'analyse de la production des idées au sein du *forum* professionnel. Les mondes lexicaux mis en évidence sont la trace des idées et de leurs énonciateurs. La force de persuasion de ces idées ne peut, quant à elle, être évaluée qu'au travers de leur transcription au sein du *forum* des communautés de politique publique et de leur influence sur la politique de conventionnement.

Références

- ABECASSIS Philippe, BATIFOULIER Philippe, BILON Isabelle, GANNON Frédéric, MARTIN Bénédicte, 2005, « Les médecins sont-ils réellement imperméables aux principes de la politique de santé ? Une analyse textuelle de la déontologie et des conventions médicales », M.-E. Joël, J. Wittwer éd., *Économie du vieillissement. Âge et protection sociale*, Paris, L'Harmattan, p. 227-245.
- ABECASSIS Philippe, DOMIN Jean-Paul, 2009, « L'évolution des conventions médicales à travers leur discours. Les maux de la politique économique de santé », T. Barnay, F. Legendre éd., *Emploi et politiques sociales*, t. I : *Défis et avenir de la protection sociale*, Paris, L'Harmattan, p. 71-84.
- ARLIAUD Michel, ROBELET Magali, 2000, « Réforme du système de santé et devenir du "corps médical" », *Sociologie du travail*, vol. 42, n° 1, p. 91-112.
- BARBET Denis, 1991, « Retour sur la loi de 1884. La production des frontières du syndical et du politique », *Genèses*, n° 3, p. 5-30.
- BERNARD-STEINDECKER Claire, 1993, « Vingt ans de revendication », *Mots*, n° 36, p. 48-60.
- BÉROUD Sophie, LEFÈVRE Josette, 2010, « Le corpus syndical. Une expérience au long cours », *Mots. Les langages du politique*, n° 94, p. 97-106.
- BOLTANSKI Luc, THÉVENOT Laurent, 1991, *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.
- BOUSSAGUET Laurie, 2014, « Forums », L. Boussaguet, S. Jacquot, P. Ravinet éd., *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 283-289.
- BRAS Pierre-Louis, 2008, « Organisation des soins et régulation des dépenses ambulatoires. Le rôle des syndicats médicaux », Sève. *Les Tribunes de la santé*, n° 18, p. 47-56.
- BRUGIDOU Mathieu, 2000, « Les discours de la revendication et de l'action dans les

- éditoriaux de la presse syndicale (1996-1998) », *Revue française de science politique*, vol. 50, n° 6, p. 967-992.
- DAMAMME Dominique, 1991, « La jeunesse des syndicats de médecins ou l'enchantement du syndicalisme », *Genèses*, n° 3, p. 31-54.
- DIDRY Claude, 1998, « Les comités d'entreprise face aux licenciements collectifs, trois registres d'argumentation », *Revue française de sociologie*, vol. 39, n° 3, p. 495-534.
- FOUILLEUX Ève, 2000, « Entre production et institutionnalisation des idées. La réforme de la politique agricole commune », *Revue française de science politique*, vol. 50, n° 2, p. 277-306.
- GENIEYS William, HASSENTEUFEL Patrick, 2001, « Entre les politiques publiques et la politique, l'émergence d'une élite du Welfare », *Revue française des affaires sociales*, vol. 55, n° 4, p. 41-50.
- HAIUN Delphine, 2003, « Discours médical et économie professionnelle », *Mots. Les langages du politique*, n° 73, p. 143-158.
- HASSENTEUFEL Patrick, 1997, *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de la FNSP.
- 2008, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », Sève, *Les Tribunes de la santé*, n° 18, p. 21-28.
- 2010, « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes », G. Bloy, F.-X. Schweyer éd., *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 403-418.
- HASSENTEUFEL Patrick, PALIER Bruno, 2005, « Les trompe-l'œil de la gouvernance de l'assurance maladie. Contrastes franco-allemands », *Revue française d'administration publique*, n° 113, p. 13-28.
- HASSENTEUFEL Patrick, PIERRU Frédéric, 2003, « De la crise de la représentation à la crise de la régulation de l'assurance maladie », J. Kervasdoué (de) éd., *La crise des professions de santé*, Paris, Dunod, p. 77-120.
- HATZFELD Henri, 1963, *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris, Éditions ouvrières.
- JAUNAIT Alexandre, 2005, *Comment pense l'institution médicale ? Une analyse des codes français de déontologie médicale*, Paris, Dalloz.
- JOBERT Bruno, 1994a, « Introduction. Le retour du politique », B. Jobert éd., *Le tournant néo-libéral en Europe*, Paris, L'Harmattan, p. 9-20.
- 1994b, « Mobilisation politique et système de santé en France », B. Jobert, M. Steffen éd., *Les politiques de santé en France et en Allemagne*, Paris, Observatoire européen de la protection sociale, p. 73-81.
- LE PAPE Annick, SERMET Catherine, 1998, « Les références médicales opposables sur le médicament. Bilan de trois années d'application », *Questions d'économie de la santé*, n° 14, p. 1-6.
- MOURIAUX René, 2013, *Le syndicalisme en France depuis 1945*, Paris, La Découverte.
- MULLER Pierre, 2003, *Les politiques publiques*, Paris, PUF.
- RÉGEREAU Michel, 2005, « La politique conventionnelle, ses ambitions et ses limites », *Revue française d'administration publique*, n° 113, p. 75-82.
- REINERT Max, 1986, « Un logiciel d'analyse lexicale », *Les Cahiers de l'analyse des données*, vol. 11, n° 4, p. 471-481.

- 1993, « Les mondes lexicaux et leur logique à travers l'analyse statistique de récits de cauchemar », *Langage et société*, n° 66, p. 5-39.
- 2007, « Posture énonciative et mondes lexicaux stabilisés en analyse statistique de discours », *Langage et société*, n° 121-122, p. 189-202.

VERGEZ Bénédicte, 1996, *Le monde des médecins au XX^e siècle*, Bruxelles, Complexe.

WAGNER Anne-Catherine, 2008, « L'expertise syndicale européenne. L'imbrication des lexiques de l'expertise et du discours militant chez les syndicalistes européens », *Mots. Les langages du politique*, n° 88, p. 53-65.

Annexe

Caractéristiques des classes d'UCE

À l'exception des titres des classes, qui sont des interprétations des auteurs, toutes les données du tableau sont issues des calculs Iramuteq.

(a) En % du nombre total d'UCE ; (b) $c^2 > 50$; (c) le nombre d'occurrences est entre parenthèses ; (d) les mots caractérisant la classe apparaissent en italique dans la phrase. Entre parenthèses est indiqué le nombre d'occurrences de chaque mot dans la classe puis dans le corpus complet ; (e) le signe + indique que le mot apparaît sous plusieurs formes dans le texte (un verbe peut apparaître conjugué, par exemple) ; seule la forme la plus significative est indiquée ici (le verbe à l'infinitif, par exemple) ; (f) les années les plus représentatives sont celles dont le χ^2 , entre parenthèses, est supérieur à 15.

Classe 1 : discours médico-militant (construction des règles)

[Poids (a) : 35,36 %]

Mots les plus représentatifs de la classe (b) (e) : syndicat+, politique+, défendre+, corps, savoir+, faire+, gouvernement+, vouloir+, chose+, avenir+, MG France+, attitude, croire+, discours+, force+

Mots exclusifs de la classe (c) (e) : démagogie+ (25), stérile+ (18), lutter+ (13), catégoriel+ (13), divergence+ (10), idéologique+ (9), réalisme+ (8), mentalité+ (8), corporatiste+ (8), concession+ (8)

Locuteurs principaux (f) : CSMF (20,73)

Années les plus proches (f) : 1980 (17,9), 2003 (23,23), 2007 (17,88)

Phrases type (d) (e) :

– « *MG France* (130/209) soutient toutes les *actions* (101/170) qui seront décidées par les départements. C'est à *l'ensemble* (96/184) des *confrères* (98/158) de se *mobiliser* (20/34) pour *créer* (42/93) un rapport de *force* (77/114) dans une période où a fortiori les hommes *politiques* (264/411) vont *vouloir* (286/577) discuter avec nous. »

– « Nous *agissons* (69/167) seuls dans cet ultime *combat* (41/54) et je puis

déjà vous *dire* (277/508) que le gouvernement *fera* (747/1584) prochainement une *déclaration* (27/49) officielle annonçant qu'il *veut* (286/577) maintenir le principe de la *médecine libérale* (102/169) en France et qu'il est opposé à une *médecine de caisse* (22/44). »

Classe 2 : discours médico-responsable (maîtrise des dépenses)

[Poids (a) : 20,04 %]

Mots les plus représentatifs de la classe (b) (e) : dépense+, soin+, santé+, maîtrise, optimisation+, évaluation+, système de soins, population+, patient+, prévention, qualité, coordination, pratique, parcours, qualité des soins, économie+, coordination des soins, médecin de famille, usage, progrès

Mots exclusifs de la classe (c) (e) : pivot (12), informatique (9), diagnostique+ (9), complémentarité (8), décélération+ (8)

Locuteurs principaux (f) : UMESPE (135,13), UNOF (119,98), Convaincre-santé (29,97), MG France (22,64)

Années les plus proches (f) : 1993 (271,41), 1994 (35,01), 1998 (27,99), 2004 (15,01)

Phrase type (d) (e) :

– « Partout dans le monde les *dépenses* (346/474) de *santé* (297/545) croissent plus vite que le *PIB* (9/10) et il ne suffit pas de fixer un *ONDAM* (14/22) à un *niveau* (54/196) inférieur à la demande de *soins* (312/473) pour que les comptes soient équilibrés. »

– « Enfin la *coordination* (46/57) du *système de soins* (107/188) est devenue un *élément* (31/67) essentiel du *bon usage* (37/47) des *soins* (312/473) et de la *maîtrise* (165/307) des *dépenses* (346/474) de *santé* (297/545). »

– « Le président de la caisse nationale d'assurance maladie *engage* (51/162) les médecins à participer à la *maîtrise* (165/307) des *dépenses* (346/474) de *santé* (297/545) mais sans leur donner les *moyens* (83/194) en contrepartie d'être honorés *correctement* (7/14) par les *patients* (159/353). »

Classe 3 : discours médico-entrepreneurial (médecin-entrepreneur)

[Poids (a) : 21,89 %]

Mots les plus représentatifs de la classe (b) (e) : honoraires médicaux+, tarif+, secteur 1, secteur 2, secteur tarifaire+, médecin+, nombre, social+, avantage+, malade+, acte+, exercer+, tiers, dépassement+, remboursement+, liberté+, cotisation+, cotisations sociales+, praticiens, fisc+, augmenter+, payant+, paiement+, médecine, installation+, prescription+, clientèle+, couverture, niveau+, montant+, recette+, possibilité+, charge+, situation+, sécurité sociale, libre+, conventionné+, frais, choix, jeune+, payer+, optionnel+

Mots exclusifs de la classe (c) (e) : fiscal (29), attractif (13), plafond (13), décent (11), combler (9), inégalité (8), salariat (8), dégrader (8)

Locuteurs principaux (f) : Courrier des lecteurs (97,04), Santé-Liberté (33,39)

Années les plus proches (f) : 1974 (38,15), 1975 (27,05), 1980 (26,66), 1985 (16,27), 1989 (36,28)

Phrase type (d) (e) :

– « Le différentiel s'est *creusé* (5/10) pour aboutir à un fossé dans l'attente d'*honoraires médicaux* (220/310) *décents* (11/11) assortis d'un *espace* (16/33) de *liberté* (121/234). Il faut que tous les *médecins* (709/2081) puissent *opter* (8/14) pour le *secteur 2* (174/298). »

– « La *perte* des avantages *sociaux* (152/292) et *fiscaux* (29/29) rendra *bientôt* (9/22) impossible l'*exercice* (85/216) d'une *médecine* (153/368) de *qualité* (64/198) où le rapport *médecin* (709/2081) malade *conservera* (25/45) un *caractère* (18/31) personnel et *humain* (15/21). Soyons lucides ! »

Classe 4 : discours médico-pragmatique (modalités pratiques de la régulation de la profession) [Poids (a) : 22,7 %]

Mots les plus représentatifs de la classe (b) (e) : convention+, médicale+, texte+, signer+, FMF, docteur+, président+, assemblée+ générale+, avenant+, SML, accord+, signature+, élection+, publier+, réunion+, loi+, national+, signataire+, commission+, CSMF, article+, conseil+ d'État+, instance+, régional+, confédéral+, participer+, échéance+, CNAM, départemental+, secrétaire+, représentativité+.

Mots exclusifs de la classe (c) (e) : décembre (56), secrétaire (22), reconduction (9), journal officiel (9), assises de la médecine générale (9), départementale (8)

Locuteurs principaux (f) : FMF (27,41)

Années les plus proches (f) : 1975 (16,36)

Phrase type (d) (e) :

– « N'oublions (21/70) pas que l'*avenant* (124/175) n° 14, traduction *conventionnelle* (218/485) de l'accord *signé* (173/258) au *mois* (117/215) de *juillet* (47/58) entre *MG France* (64/209), le *SML* (217/406), *Alliance* et les *caisses d'assurance maladie* (162/591) ne se limite pas à la valorisation de l'*astreinte* (5/9). »

– « Pas de *convention médicale* (538/1033) bâclée au moment où une *nouvelle* (95/177) discussion *réunit* (31/45) les parties *signataires* (77/116) de l'*ex-convention médicale* (538/1033) de 1971. La FMF réaffirme sa conviction qu'une *prolongation* (6/6) transitoire du système conventionnel de six *mois* (117/215) doit être *organisée* (5/9). »